

ЗАЯВА НА СТРАХУВАННЯ (МЕДИЧНА ДЕКЛАРАЦІЯ ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) № 25 -

за програмою міжнародного страхування на випадок тяжкої хвороби «BestDoctors» від ТДВ «СГ «Оберіг»

СТРАХУВАЛЬНИК (дієздатна фізична особа, що укладає Договір та несе юридичні зобов'язання по ньому):

Прізвище			
Ім'я		По-батькові	
Документ	серія, номер	Дата видачі документа	
назва установи, що його видала			
Адреса для листування:		поштовий індекс / область / населений пункт, у разі наявності - район / вулиця / будинок, квартира	
Дата народження:		Індивідуальний податковий №	
Контактні телефони:		E-mail (електронна пошта):	

ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА (особа віком до 64 повних років на момент заповнення цієї Заяви, яка постійно проживає в Україні):

Прізвище					
Ім'я		По-батькові			
Дата народження:		Повних років:			
Адреса для листування:		поштовий індекс / область / населений пункт, у разі наявності - район / вулиця / будинок, квартира			
Контактні телефони:		E-mail (електронна пошта):			
Річний страховий платіж у євро		Річний страховий платіж у гривні за курсом НБУ на поточну дату			
Графік оплати страхового платежу за перший рік:	Платіж №1 / сума в грн. / дата /	Платіж №2 / сума в грн. / дата /	Платіж №3 / сума в грн. / дата /	Платіж №4 / сума в грн. / дата /	
Програма (обведіть обрану):	“ОНКОЛОГІЯ”	“РОЗШИРЕНА ОНКОЛОГІЯ”	“БАЗОВА”	“РОЗШИРЕНА - без кардіо”	“РОЗШИРЕНА”

Повідомте дані про стан свого здоров'я (застрахованої особи згідно цієї Заяви)

в даний час та протягом останніх десяти років – вкажіть відповідь «ТАК» або «НІ» навпроти захворювань (станів) з переліку:

- Чи проходите / проходили Ви стаціонарне, амбулаторне, відновлювальне або профілактичне лікування, та/або
- Чи встановлювався Вам за результатами обстеження діагноз, та/або
- Чи перебуваєте / перебували Ви під наглядом лікаря (фахівця) з приводу нижченаведених захворювань або станів:

ЗАХВОРЮВАННЯ ТА СТАНИ:	ТАК або НІ
1. Рак або злоякісне новоутворення будь-якого типу, в т.ч. хвороба Ходжкіна ;	
2. Будь-які види пухлин або кісти головного мозку та інших внутрішньочерепних структур, кісток черепа, додаткових пазух або спинного мозку;	
3. Лейкемія (лейкоз) або будь-яке захворювання крові, що вимагає лікування строком не менше одного місяця (наприклад, анемія, лімфома, міелома, порушення згортання крові, гемофілія або підвищена кровоточивість судин);	
4. Рак in situ (неінвазивний рак, без проростання) або будь-які передракові (передпухлинні) захворювання або патологічні зміни органів і тканин (дисплазії), що мають високу ймовірність переродження в злоякісні новоутворення, включаючи, але не обмежуючись передраковими змінами в області молочних залоз / жіночих статевих органів, сечового міхура або простати;	
5. Будь-яка форма діабету. * <u>необов'язкове поле для програм “Онкологія”, “Розширена Онкологія”</u>	
6. Будь-які форми інсульту або крововиливу в мозок; * <u>необов'язкове поле для програм “Онкологія”, “Розширена Онкологія”</u>	
7. Будь-які форми захворювань серця (наприклад, серцевий напад, стенокардія, перенесений інфаркт міокарда, кардіосклероз, кардіоміопатія, захворювання (в т.ч. вади) клапанів серця, шуми в серці або ревматизм; Ви можете відповісти «НІ», якщо ви проходили лікування тільки в зв'язку з високим кров'яним тиском/високим рівнем холестерину) * <u>необов'язкове поле для програм “Онкологія”, “Розширена Онкологія”, “Розширена – без кардіо”</u>	

ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Якщо в даний час Ви проходите обстеження з приводу симптомів, які можуть бути проявом якого-небудь з вищевказаних захворювань або станів, та/або очікуєте результатів діагностики, будь ласка, візьміть до уваги, що Вам слід дочекатися отримання результатів, щоб коректно відповісти на питання.

Своїм підписом Застрахована особа (підписант від її імені) підтверджує і гарантує, що інформація, надана в цій декларації є правдивою, достовірною та вичерпною, і вона розуміє, що ця інформація може мати вирішальне значення при укладанні Договору та/або настанні страхового випадку. Неправда і неправдива інформація може привести до неукладання або припинення дії Договору. Застрахована особа (підписант від її імені) надає згоду на страхування та відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» на збирання, обробку ТДВ «СГ «Оберіг» своїх (застрахованої особи) персональних даних, в тому числі тих, що стосуються здоров'я, та передачу їх третій особі з метою укладання, виконання та супроводу Договору. У разі якщо Застрахованою особою є неповнолітня особа, то ця заява заповнює і підписує один з батьків або законних опікунів, що буде Страхувальником за Договором. Страховик має беззаперечне право відмовити застрахованій особі / Страхувальнику в укладанні Договору на свій розсуд. У разі позитивного рішення Страховика щодо укладання Договору, Страховиком буде виправлено Страхувальнику генеральний договір та відповідні сертифікати шляхом пересилки поштою / кур'єром / передано через представника Страховика або вигано в офісі Страховика.

..... . 20.....р.

підпис / ініціали, прізвище

СЛУЖБОВІ ВІДМІТКИ:	ця Заява є додатком №1 до генерального договору № / 25 - від 20.....р.		
КОНСУЛЬТАНТ:		ПАРТНЕР	